



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La epidemia silenciada: ideación suicida y su relación con variables demográficas y el apoyo social percibido.

The silenced epidemic: suicidal ideation and its relationship with demographic variables and perceived social support.

Autora

Elena Morales Narciso

Director

Ángel Castro Vázquez

Grado en Psicología

2021/2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Resumen

Las cifras de suicidio en España van aumentando a la vez que disminuye la información sobre éstas, por miedo a que se extienda la idea y los números aumenten. Se sabe que algunas variables sociodemográficas, la desesperanza y el apoyo social percibido pueden influir a la hora de tomar la decisión de quitarse la vida. Por eso, el objetivo del presente estudio era conocer la relación existente entre la ideación suicida y algunas variables sociodemográficas y socioeconómicas (sexo/género, edad, orientación sexual, estado laboral, situación económica percibida), así como con la desesperanza y el apoyo social percibido. Se intentó responder al objetivo en base a dos tipos de estudio. Por un lado, en el estudio cuantitativo participaron 201 participantes de ambos sexos (74,6% mujeres y 25,4% hombres), con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años ($M = 27,87$; $DT = 12,66$), quienes rellenaron una batería de cuestionarios online. Por otro, se realizó un grupo de discusión con siete participantes, reclusos del Centro Penitenciario de Teruel, con edades comprendidas entre los 27 y 65 años y que ejercían de internos de apoyo a la prevención del suicidio en la prisión. Se encontraron relaciones significativas entre la ideación suicida y la desesperanza, la situación económica percibida, la edad y el apoyo social percibido. Además, se halló una mayor ideación suicida entre mujeres y personas desempleadas. En la discusión se recalca la importancia de los resultados y de un análisis más exhaustivo de la ideación suicida y de las variables relacionadas, para así poder prevenir e intervenir con el objetivo de evitar el suicidio.

Palabras clave: ideación suicida, variables sociodemográficas, apoyo social percibido, nivel económico, desesperanza.

Abstract

Suicide rates in Spain are increasing at the same time that information about suicide is decreasing, for fear that the idea will spread and the numbers will increase. It is known that some sociodemographic variables, hopelessness and perceived social support can influence the decision to take one's own life. Therefore, the aim of the following study was to find out the relationship between suicidal ideation and some socio-demographic and socio-economic variables (sex/gender, age, sexual orientation, employment status, perceived economic situation), as well as hopelessness and perceived social support. An attempt was made to answer the objective on the basis of

two types of study. On the one hand, the quantitative study involved 201 participants of both sexes (74,6% female and 25,4% male), aged 18-45 years ($M = 27,87$, $SD = 12,66$), who completed a battery of online questionnaires. On the other hand, a group discussion was carried out with seven participants, inmates of the Teruel Penitentiary Centre, aged between 27 and 65 years, who were inmates supporting suicide prevention in the prison. Significant relationships were found between suicidal ideation and hopelessness, perceived economic situation, age and perceived social support. In addition, higher suicidal ideation was found among women and unemployed people. The discussion stresses the importance of the results and of a more comprehensive analysis of suicidal ideation and related variables in order to prevent and intervene to avoid suicide.

Keywords: suicidal ideation, sociodemographic variables, perceived social support, economic status, hopelessness.

La epidemia silenciada: ideación suicida y su relación con variables demográficas y el apoyo social percibido

Puesto que actualmente, y desde marzo de 2020, se convive con una pandemia a nivel mundial, basada en una sintomatología tal como tos seca, fiebre y/o cansancio (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2020), es lógico que una vez detectados estos síntomas en el organismo, se pida ayuda a los profesionales sanitarios. Por tanto, ante el COVID-19 y a pesar de ser un virus relativamente nuevo, ya se tiene una idea concebida de qué hacer. Sin embargo, a pesar de llevar años conviviendo con otra pandemia, la del suicidio, observamos que ésta está silenciada y sobre ella no se comparte la información necesaria para combatirla. Parece que la principal causa de este silencio es el miedo al contagio, también llamado *Efecto Werther*, a pesar de las numerosas recomendaciones de la OMS sobre la relevancia de informar y prevenir (Navarro, 2021).

Es posible que esta epidemia llevada en silencio se trate así gracias a los numerosos mitos que existen sobre ella y que Prevensuic (2019) recopila. Entre ellos, el primero y ya mencionado, es que se cree que hablar de suicidio aumenta la probabilidad de que se cometa. La realidad es la opuesta; parece que hablar libera a la persona que se lo plantea y ayuda a sensibilizar a la población, reducir el estigma que existe y facilitar su prevención. Otro mito del que se habla hace referencia a la persona que se quiere suicidar, y es que se piensa que no se intenta quitar la vida, sino que directamente lo hace. La realidad es que nadie desea su propia muerte y que, por ello, se da una ambivalencia hacia la vida que puede desencadenar en estos intentos. Por último, otro de los múltiples mitos que existen y que se desea destacar es el hecho de tratar a la persona suicida, o bien como un cobarde, o como un valiente. Lo cierto es que ninguno de los dos adjetivos tiene que ver con el acto suicida, sino más bien con el sufrimiento y la desesperanza. Por ello, más que juzgar y etiquetar, se debe prevenir.

El silencio guardado y los mitos existentes hacen que aparezca una mayor prevalencia de suicidio de la que muestran las estadísticas, tal y como afirman Sánchez et al. (2013) en base a informes de la OMS (2004) sobre salud en el mundo. Además de lo ya expuesto, se cree que el suicidio es un hecho que se debe ocultar para evitar estigmatizar a la persona y/o su familia, o por motivos políticos o sociales. Sin embargo, esconder este tipo de hechos es alarmante, pues ya en 2009 el suicidio provocaba en el mundo más muertes que los asesinatos y las guerras. En ese año se estimaba que cada sesenta segundos alguien se quitaba la vida alrededor del mundo.

Gracias al Observatorio del Suicidio en España, y concretamente a la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2020), se pueden analizar algunas estadísticas importantes, en base a los datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística (INE). Por ejemplo, se sabe que en 2020 hubo 3941 suicidios en España, una media de aproximadamente once personas al día. De ellos, el 74% (2938) de las personas que se suicidaron eran hombres y el 26% (1011) fueron mujeres. Se conoce también que desde que existen registros (1906), el año 2020 es en el que se consignaron más suicidios. Además, se detectaron catorce suicidios de personas menores de quince años, lo que duplica los casos de 2019.

Así, el suicidio se ha convertido en la principal causa de muerte no natural en España, siendo su probabilidad 2,7 veces mayor que la de sufrir un accidente de tráfico, 13,6 veces mayor que la de los homicidios y hasta 90 veces mayor que la de sufrir un asesinato por violencia de género. Además, es también la segunda causa de muerte más prevalente entre la juventud española (15-29 años), después del cáncer.

No obstante, no solo hay que tener en cuenta las muertes por suicidio, sino que a esto se deben sumar los intentos y la ideación suicida. Según los cálculos de la OMS (2020), se realizan veinte intentos por cada suicidio consumado y, a lo largo de la vida, la ideación suicida puede afectar a entre el 5 y el 10% de la población española. Esto quiere decir que solo en un año podrían darse unos 80.000 intentos de suicidio en España y que entre dos y cuatro millones de personas podrían tener ideación suicida a lo largo de su vida. Cabe destacar que, a pesar de estos datos, España todavía no posee ningún plan o estrategia a nivel estatal para prevenir el suicidio.

No es fácil hablar de suicidio sin plantearse qué causas lo motivan. La literatura sobre el tema a nivel mundial muestra que existen factores de riesgo que se relacionan tanto con problemas de salud pública como con problemas sociales y económicos. Uno de los factores de riesgo relacionados con la salud mental que contribuye a este hecho es el desarrollo de trastornos mentales, tales como depresión, ansiedad o estrés postraumático. En cuanto a factores sociales, se puede destacar la pérdida de empleo, el consumo de alcohol, el absentismo escolar, algunos estresores financieros y otros problemas económicos que impidan continuar con la vida académica/profesional (Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón, 2020).

Para indagar más acerca de situaciones concretas que pueden constituir las principales causas del suicidio, se puede hacer distinción entre factores según la edad de la persona: adolescencia, adultez, tercera edad, o aquellos comunes entre las etapas

evolutivas. Estas últimas, las causas compartidas por los tres grupos de edad, serían: accidentes, enfermedades graves propias o ajenas, desastres naturales, pérdida de seres queridos, existencia de un entorno suicida cercano, experiencias traumáticas, o cambios vitales no normativos. Respecto a la adolescencia, se pueden destacar el sufrir *bullying* y malos tratos, abusos sexuales, separación o pérdida de los iguales, separación de los progenitores o embarazos no deseados. Durante la adultez, las causas pasan a ser más relacionadas con el trabajo y los recursos económicos, destacando las dificultades económicas, la pérdida de empleo o de estatus y prestigio social, además de la posible jubilación. Finalmente, en la tercera edad se puede destacar la pérdida de fe y/o del interés por la vida.

Una variable relevante que se reconoce como buen predictor del acto suicida, independientemente de la edad de la persona, es la desesperanza. Esta variable se puede definir como el sentimiento de que algo va mal y es por culpa de uno mismo, junto a la anticipación de un fracaso futuro de cualquier proyecto importante de vida. Esta anticipación suele realizarse como protección ante cualquier decepción vital que pueda surgir (Lara, 2020).

Pese a estas causas, es importante destacar que el suicidio es un hecho multicausal y una decisión individual de cada persona, pero si algo tienen en común todos los suicidios, son las consecuencias devastadoras que van a sufrir las personas cercanas. Se dice que cada suicidio afecta a una media de seis personas del entorno (Prevensuic, 2019). Por mucho que se intente no es fácil prever un acto suicida, aunque existen medidas para intentar prevenirlo. A partir de un suicidio consumado, surgen muchas cuestiones: lo que se hizo, lo que se pudo hacer, lo que no se hizo. Y todas estas inquietudes acompañan a la duda sobre si el suicidio fue causado por una enfermedad individual, o si fue por algún tipo de error familiar. Y, por ello, la mayoría de familias y seres queridos se sienten responsables y tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión debido al sentimiento de culpa, vergüenza, impotencia e incluso estigma (Imaz, 2013).

Así, el entorno cercano de la persona que ha cometido el suicidio presenta mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con la salud mental, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), o algún trastorno del estado de ánimo. Además, se ha constatado en los estudios del Instituto Danés de Investigación, que los cónyuges o parejas de personas que se han suicidado presentan una mayor prevalencia

de suicidarse ellos mismos. Según este instituto, el entorno de la persona se suele sentir aislado, pues el suicidio es un tema tabú que no suele salir a la luz (Díaz-Sibaja, 2017).

A la hora de hablar de la influencia de las características sociodemográficas, se da una paradoja en función del sexo/género, y es que se sabe que las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres. Sin embargo, son los hombres los que se suicidan tres veces más que las mujeres. Este hecho es probable que se dé porque las mujeres utilizan medios menos letales, como ingerir pastillas (Prevensuic, 2019). Respecto a la edad, las tasas de suicidio parecen aumentar con ella, siendo los intentos tanto más planificados como más letales. Según el estudio de Robles Bello y Sánchez-Teruel (2020), dentro de las personas que han intentado suicidarse, el 68,9% tenían entre 18 y 57 años, destacando los grupos de edad de 34 a 53 años como los de mayor prevalencia (Sánchez-Teruel et al., 2018). Otro aspecto a destacar y para el que no existe apenas información en España es sobre la orientación sexual. No obstante, algunos autores como Blashill et al. (2021), encontraron que el colectivo LGTBI presentaba mayor prevalencia de suicidio que las personas heterosexuales. Esto a su vez puede relacionarse con el estigma y las actitudes violentas y de rechazo hacia el colectivo. (Caudet Pastor, 2021).

Respecto al ámbito laboral, SUPRE, el Programa de Prevención de Suicidios de la OMS (2020) destaca una mayor media de suicidios en distintas profesiones, como médicos, veterinarios, farmacéuticos, químicos y granjeros. Actualmente, y con los efectos del COVID-19, parece haber aumentado la tasa de suicidios o tentativas en personal sanitario (OMS, 2020). Lo que sí parece claro es que presentan mucha mayor vulnerabilidad las personas desempleadas, ya que el contexto económico, las privaciones económicas y la desesperanza sobre el tema, influyen mucho en la ideación suicida (Izquierdo, 2010). Es así como se llega a hablar del contexto socioeconómico, ya que se ha encontrado que el impacto de las crisis económicas se asocia con una creciente tasa de suicidios, tanto en Estados Unidos como en Europa (Álvarez-Gálvez et al., 2021). De la misma manera, los estudios realizados en plena crisis económica española muestran que la situación de desempleo y un bajo nivel socioeconómico pueden influir decisivamente en la tentativa suicida (Sánchez-Teruel et al., 2018).

A la hora de hablar de un bajo nivel o contexto socioeconómico, se puede empezar por definir qué es. El nivel socioeconómico abarca el salario o dinero que posee el individuo, la formación económica y las condiciones laborales. Así, un nivel socioeconómico alto refleja una buena calidad de vida y se encasilla en una clase alta.

Sin embargo, el nivel bajo hace referencia a una pobre condición de vida y la inferioridad dentro del estrato social, además de que se relaciona con una disminución de esperanza de vida de hasta dos años (Pérez Porto y Gardey, 2020).

Por último, cabe destacar respecto al suicidio que este no es un proceso necesariamente lineal ni secuencial, sino que tiene varias fases. Algunos autores hablan de cinco etapas, siendo estas: ideación suicida pasiva; contemplar el propio suicidio de forma activa; planeación y preparación; ejecución del intento; y, finalmente, el suicidio consumado. Existe la necesidad de abordar la primera fase para poder evitar las siguientes (Miranda et al., 2009). Al igual que se debe tener en cuenta el apoyo social percibido por el individuo, ya que es un relevante factor de protección (Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio, 2019).

Así, y con todo lo expuesto, el objetivo principal de este estudio era analizar si existe asociación entre la ideación suicida (existencia e intensidad) y una serie de variables sociodemográficas (sexo/género, edad, orientación sexual, contexto socioeconómico y posición laboral) en una muestra de población adulta con edades comprendidas desde los 18 años en adelante. El estudio se llevó a cabo desde dos vertientes: por un lado, desde un punto de vista cuantitativo, a partir de una recogida de datos mediante una batería de cuestionarios. Además, se añadió un enfoque cualitativo, a partir de las opiniones y experiencias expresadas en un grupo de discusión por un grupo de hombres adultos, internos del Centro Penitenciario de Teruel, que a lo largo de su experiencia vital han estado en contacto con casos de suicidio, ya sea por intento propio o por servir de apoyo a personas con intento o riesgo suicida.

En base a este objetivo, se elaboran las siguientes hipótesis:

- i. Existencia de una correlación positiva entre los niveles de ideación suicida y de desesperanza.
- ii. Existencia de una correlación negativa entre los niveles de ideación suicida y la situación económica percibida (estado económico y pertenencia a clase social) de la persona.
- iii. Mayor nivel de ideación suicida en hombres que en mujeres.
- iv. En general, se espera encontrar una correlación positiva entre la ideación suicida y la edad de los participantes.
- v. Mayor nivel de ideación suicida en miembros del colectivo LGTBI que en personas con orientación heterosexual.

vi. Existencia de una mayor prevalencia de ideación suicida en personal sanitario y desempleados que en el resto de empleos.

vii. Existencia de una correlación negativa entre el apoyo social percibido y la ideación suicida.

Método

Participantes y Procedimiento

El estudio se dividió en dos fases, que coinciden con dos tipos de análisis: un estudio cuantitativo y otro cualitativo. La muestra del estudio cuantitativo estuvo compuesta por 201 participantes de ambos sexos/géneros (74,6% mujeres, 25,4% hombres), con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años ($M = 27,87$; $DT = 12,66$), quienes aceptaron participar en el estudio. El 74,1% ($n = 149$) de los participantes se describió como heterosexual, mientras que el 23,4% ($n = 47$) lo hizo como miembro/a del colectivo LGTBI y el 2,5% ($n = 5$) manifestó otra orientación sexual. Debido al menor tamaño de las muestras de participantes de las minorías sexuales y para facilitar los análisis, se agrupó a los participantes en dos grupos, uno de heterosexuales (74,1%) y otro de no-heterosexuales (25,9%).

Respecto a la situación de los participantes a la hora de cumplimentar la encuesta, el 58,2% ($n = 117$) se encontraba estudiando y el 20,4% ($n = 41$) trabajaba, mientras que el 17,9% ($n = 36$) hacía ambas cosas. También se encontró que el 1,5% ($n = 3$) estaba actualmente desempleado/a y el 2% ($n = 4$) estaba jubilado/a. Entre las personas que trabajaban, el 9% ($n = 18$) era personal sanitario. En cuanto a su situación económica, el 2% ($n = 4$) de los participantes manifestó que era muy buena, el 53,7% ($n = 108$) que era buena, el 32,3% ($n = 65$) regular, mientras que el 8% ($n = 16$) y el 1,5% ($n = 3$) consideraban que era mala o muy mala. El 2,5% ($n = 5$) de los participantes contestó que no sabía.

Por último, en cuanto a la clase social en la que se situaban, nadie indicó pertenecer a la clase alta. El 9% ($n = 18$) manifestó ser clase media-alta, el 71,1% ($n = 143$) ser clase media, el 18,4% ($n = 37$) se situaba en la clase media-baja y el 1,5% ($n = 3$) en la clase baja.

Los datos se recogieron en abril de 2022, a través de una batería de cuestionarios alojada en Google Forms. El enlace de la encuesta se distribuyó a través de distintas redes sociales (Instagram, Twitter, WhatsApp), acompañado de una breve descripción del objetivo del estudio, el correo electrónico de la investigadora principal para poder atender cualquier duda, comentario o sugerencia, y de una serie de contactos de ayuda en el caso

de que el estudio hubiera sido revelador de algún problema o conflicto en la persona. Se informó de que la participación era voluntaria y que las respuestas obtenidas serían anónimas y confidenciales. La encuesta permaneció abierta una semana.

Por otro lado, en el estudio cualitativo se contó con las opiniones de siete internos reclusos del Centro Penitenciario de Teruel, hombres, con edades comprendidas entre los 27 y los 65 años, quienes cumplían funciones de internos de apoyo para la prevención del suicidio en el centro. Para acceder a estos participantes, se contactó con la subdirectora de tratamiento y con la psicóloga del Centro Penitenciario de Teruel, dando ambas su consentimiento a la realización de un grupo de discusión con los internos de apoyo el día 4 de mayo. La muestra final fue seleccionada dentro del listado de trece reclusos que figuraban como apoyo en el Programa de Prevención de Suicidios (PPS). Los seis internos no participantes presentaron incompatibilidades con el horario establecido.

Este estudio y su contenido está incluido en un proyecto más amplio, coordinado por el tutor del trabajo, y que cuenta con el visto bueno del Comité de Ética para la Investigación Clínica de Aragón (PI20/530).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de condiciones socioeconómicas. Se preguntó sobre el sexo/género (mujer/hombre/otro), edad, orientación sexual (heterosexual/LGTBI/otra), situación laboral actual (estudiando/trabajando fuera de casa o teletrabajando/estudiando y trabajando fuera de casa o teletrabajando/en desempleo/jubilado/a). En caso de estar trabajando, se preguntó si se era personal sanitario. También se preguntó por la percepción de su situación económica actual (muy buena/buena/regular/mala/muy mala) y de su clase social (clase alta/media-alta/media/media-baja/baja).

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1990). Se utilizó la validación al castellano de Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo (2002). El cuestionario consta de doce ítems que evalúan el apoyo social que percibe el individuo por parte de tres grupos: familia (e.g., “Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme”, $\alpha = 0.91$), amigos (e.g., “Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas”, $\alpha = 0.94$) y otras personas significativas (e.g., “Hay una persona que se interesa por lo que yo siento”, $\alpha = 0.83$). La escala global presentó una consistencia interna de $\alpha = 0.90$. Se responde a través de una escala tipo Likert que va de 1 = *Muy en desacuerdo* a 7 = *Muy de acuerdo*. Mayores puntuaciones son indicativas de un mayor apoyo social percibido.

Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, 1974). Se utilizó la adaptación al castellano de Izquierdo (2010). Consta de 20 ítems que evalúan la actitud del sujeto sobre distintas expectativas y el grado de desesperanza que sienten (e.g., “El futuro parece oscuro para mí”, $\alpha = 0.85$). Se responde a través de una escala de *Verdadero* y *Falso* y la corrección se realiza a través del sumatorio de los puntos de coincidencia con el criterio establecido por el autor. Así, una puntuación final entre 0 y 3 puntos es indicativa de desesperanza mínima, entre 4 y 8 de desesperanza leve, de 9 a 14 puntos de moderada y, a partir de 14 puntos, se entiende como desesperanza severa o grave.

Escala de riesgo de suicidio. Se utilizó la escala original de Rojas (2009), que consta de 20 ítems en los que hay que elegir entre cinco alternativas de respuesta. Por ejemplo, en el ítem que hace referencia a la pérdida de peso, las alternativas de respuesta serían: *Peso igual que antes / Creo que he perdido 1 o 2 kilos / He perdido 3 o 4 kilos / He perdido entre 5 y 7 kilos / He perdido más de 7 kilos*. Cada ítem es puntuado de 0 a 4 puntos. Si el sumatorio es igual o superior a 30 puntos, es aconsejable un abordaje terapéutico, mientras que a partir de los 50 puntos se identifica un riesgo elevado de suicidio. La escala en su conjunto presenta una consistencia interna de $\alpha = 0.90$.

Entrevista sobre opiniones relacionadas con el suicidio. Elaborado por la investigadora para el estudio cualitativo. En él aparecen siete preguntas abiertas para el grupo de discusión, donde se cuestiona si actualmente hay más o menos suicidios y por qué, razones por las que una persona puede llegar a quitarse la vida, cómo influye el género, la edad o etapas de la vida y la orientación sexual a la hora de cometer el suicidio, y si influyen tanto la situación laboral como económica.

Análisis de datos

En cuanto al estudio cuantitativo, para poder responder a los objetivos e hipótesis planteados se realizaron dos tipos de análisis estadístico. Por un lado, para analizar las relaciones entre la ideación suicida y otras variables como la edad, la situación económica percibida, el apoyo social percibido y la desesperanza, se realizaron análisis de correlación bivariada de Pearson. Por otro, para analizar las diferencias en la ideación suicida en función de variables como el sexo/género, la orientación sexual, la situación laboral (empleados/desempleados) o si se era personal sanitario o no, se realizaron comparaciones de medias para muestras independientes, utilizando el estadístico *t* de Student.

Para el estudio cualitativo, se realizó un análisis del discurso de los participantes en el grupo de discusión, seleccionando las palabras clave en cada uno de las preguntas/temas tratados y analizando su presencia y frecuencia en las respuestas de los participantes.

Resultados

Análisis previo

En primer lugar, y dado que algunas de las escalas utilizadas en el trabajo lo permitían, se clasificó a los participantes en base a sus puntuaciones. En cuanto a la escala de desesperanza, se encontró que el 54,2% ($n = 109$) de los participantes presentaban una desesperanza mínima, mientras que el 34,4% ($n = 65$) la tenían leve. Por el contrario, el 9,4% ($n = 19$) y el 4% ($n = 8$) presentaron una desesperanza moderada y grave. En cuanto a la escala de ideación suicida, se encontró que el 6% ($n = 13$) de los participantes se encontraba en una puntuación en la que se recomienda un abordaje terapéutico y un participante presentaba un riesgo elevado de suicidio.

Relación entre las variables

Con el objetivo de analizar las relaciones existentes entre la ideación suicida y el resto de variables evaluadas, en base a lo expresado en las hipótesis de este trabajo, se utilizaron análisis de correlaciones bivariadas de Pearson. Los resultados obtenidos en estos análisis permiten aceptar todas las hipótesis a excepción de una.

Así, se encontró una correlación positiva y significativa entre la ideación suicida y la desesperanza ($r = 0,63$; $p < 0,001$), lo que permite aceptar la hipótesis 1. De la misma manera, se encontró una asociación negativa y significativa entre la ideación suicida y la situación económica percibida, tanto con el nivel económico percibido ($r = -0,25$; $p < 0,001$) como con la clase social percibida ($r = -0,2$; $p = 0,007$). Esto permite corroborar la hipótesis 2 del trabajo. La ideación suicida también se relacionó de forma negativa y significativa con el apoyo social. Y esta relación se deja ver tanto con la puntuación global de apoyo social percibido ($r = -0,51$; $p < 0,001$) como con las tres subescalas de apoyo percibido en la familia ($r = -0,38$; $p < 0,001$), entre los amigos ($r = -0,33$; $p < 0,001$) y con otras personas significativas ($r = -0,52$; $p < 0,001$). Esto permite corroborar la hipótesis 7 del trabajo.

La que no se ha podido corroborar es la hipótesis 4, pues contrariamente a lo previsto, se encontró una asociación negativa y significativa entre la ideación suicida y la edad ($r = -0,25$; $p < 0,001$).

Comparación entre los grupos

Para poder responder a las tres hipótesis restantes, y con el objetivo de analizar las diferencias en la ideación suicida en distintos grupos, en función del sexo/género, orientación sexual, situación laboral y tipo de trabajo, se realizaron distintos análisis de comparaciones de medias para muestras independientes a través del estadístico *t* de Student. Como se puede observar en la Tabla 1, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo/género y de la situación laboral. Contrariamente a lo esperado (hipótesis 3) las mujeres mostraron puntuaciones más elevadas de ideación suicida que los hombres ($t = 2,8$; $p = 0,006$). Y, como se preveía (primera parte de la hipótesis 6), las personas desempleadas mostraron mayores puntuaciones en ideación suicida que las personas con trabajo ($t = 4,69$; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la orientación sexual ($t = 0,10$; $p = 0,92$), ni de si eran personal sanitario o no ($t = -0,16$; $p = 0,87$), con lo que se descarta la hipótesis 5 y la segunda mitad de la hipótesis 6.

Tabla 1. *Diferencias de puntuaciones en ideación suicida en función de los grupos.*

Variable	Grupo	N	M	DT	T	P
Ideación suicida	Mujer	150	14,14	9,88	2,80	0,006
	Hombre	51	10,10	8,55		
Ideación suicida	Heterosexual	149	13,15	9,90	0,10	0,92
	No Heterosex	52	13	9,20		
Ideación suicida	Empleados	124	9,65	10,84	4,69	< 0,001
	Desempleados	77	15,27	6,15		
Ideación suicida	Sanitarios	18	10,83	7,49	-0,16	0,87
	No sanitarios	69	10,51	8,16		

Análisis cualitativo

Los resultados más destacables del análisis cualitativo, aparecen reflejados en la discusión.

Discusión

Hace ya tiempo que el suicidio está muy presente en nuestra sociedad. El principal problema es lo poco que se informa de él, debido al miedo a que se extienda entre la gente (Navarro, 2021), pese a que hasta los años 80-90 del siglo XX, los casos de suicidio se relataban en los medios de comunicación como un suceso más (Esteban

Martín, 2022). Esta desinformación sobre el suceso y el convertirlo así en un tema tabú aumenta la prevalencia de que ocurra, y es que cada día se suicidan alrededor de once personas en España (Prevensuic, 2019). Por ello, el objetivo principal de esta investigación era poder aportar más información sobre el suicidio y las variables que se relacionan con él. Concretamente, variables sociodemográficas y el apoyo social percibido, en base a un estudio a la vez cuantitativo y cualitativo.

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar que existe relación entre la ideación suicida y las variables evaluadas. En concreto, se puede mantener la mitad de las hipótesis de partida del estudio, no pudiéndose asumir la otra mitad. Con el objetivo de seguir un orden lógico en las conclusiones, se procede a explicar en primer lugar los resultados obtenidos en relación a las hipótesis que se pueden mantener.

En cuanto a la primera hipótesis, que predecía una relación directa entre la ideación suicida y la desesperanza, se ha puesto de manifiesto que es así. Este resultado es acorde al de estudios previos. Por ejemplo, Lara (2020) trataba la desesperanza como un buen predictor del acto suicida y Prevensuic (2019) afirmaba que el suicidio tiene mucho que ver con el sufrimiento y la desesperanza. Así también lo explicaba el participante 2 en el grupo de discusión realizado dentro de la investigación cualitativa:

Cuando la gente quiere suicidarse es porque tienen un problema, no ven la solución. Es como aquí en prisión, cualquier piedra que te metan en este sitio es un palo muy gordo, te sientes hundido por cualquier tontería, y al final no acaban siendo tonterías.

Respecto a la segunda hipótesis mantenida, que es la hipótesis 2 (relación entre la ideación suicida y la situación económica percibida), la literatura apoya que, a menor nivel económico y clase social más baja, existe un mayor indicio suicida. Como menciona la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón (2020), los estreses financieros y los problemas económicos son una variante más que destacable para la vida del individuo y, a veces, es más que desesperanzadora. Los resultados del presente estudio van en esa línea, tanto en la parte cuantitativa como cualitativa. Y valga como ejemplo la afirmación del participante 3 en el grupo de discusión:

Solo te voy a decir una cosa. El dinero no da la felicidad, pero sí estabilidad, y eso es lo que mucha gente necesita para estar bien.

La primera parte de la hipótesis 6 afirma que las personas desempleadas presentarán mayores puntuaciones en ideación suicida que las personas con trabajo. Eso se cumple en el estudio cuantitativo y viene apoyado por la literatura existente. Así lo

manifiestan Sánchez-Teruel et al. (2018), al hablar sobre cómo la crisis económica española ha dejado ver un mayor desempleo y un menor nivel económico que, a su vez, han mostrado el hecho de no tener trabajo como un elemento decisivo para el suicidio. Los resultados del estudio cualitativo apoyan esta hipótesis, como manifestaron los Participantes 3 y 6:

Claro que afecta. Aquí, por ejemplo, hay gente que estando en la cárcel, o trabajan o no pueden ayudar a la familia que está fuera. A algunos de éstos, cuando les han echado de talleres... (Participante 3).

¿El no tener trabajo? Lo que más. Imagínate que tienes hijos y no puedes darles de comer, o un desahucio, ... es que se te quitan las ganas de vivir. (Participante 6).

La última hipótesis verificada en el estudio es la 7, que predecía una relación inversa entre la ideación suicida y el apoyo social percibido. Así fue, y es un resultado acorde con la literatura existente, que afirma que el apoyo social es un factor de protección, dado que pensar en las personas que te aprecian y que sufrirían si tomaras la decisión de suicidarte, puede ser decisivo para no llevarlo a cabo. (Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio, 2019). Frankl (2022) afirma que cuando preguntaba a sus pacientes por qué no se suicidaban, las razones que le daban estaban relacionadas con sus personas queridas. Este resultado se validó también en el estudio cualitativo, como muestran las siguientes afirmaciones del Participante 1:

Estoy seguro de que es por la soledad. Aquí, por ejemplo, muchos tenemos familia y vienen a vernos, nos apoyan. Y si tu mujer te trae una camiseta nueva, aunque le haya costado tres euros, tú la presumes orgulloso por el módulo, porque tu mujer ha venido a verte, a saber cómo estás, y encima te ha regalado una camiseta. Pero la gente que no tiene a nadie es una lástima, ... te miran con tu camiseta nueva y sabes cómo se sienten. Esa gente no tiene a nadie en quién pensar ni nadie que les piense, y eso es un motivo grande para querer morirse, y más aquí si nadie te va a esperar fuera.

Tras comentar los resultados acordes con las hipótesis que se mantienen, ahora conviene hablar de las hipótesis rechazadas. Por ejemplo, en la hipótesis 3 se predecía que los hombres tendrían una mayor ideación suicida que las mujeres, mientras que los resultados obtenidos han sido los opuestos. Esto se puede justificar desde la literatura, pues muchos autores, como Barroso Martínez (2019), han advertido que hay una mayor

prevalencia de suicidios completados en los hombres, pero que las mujeres presentan una mayor ideación suicida y una mayor cantidad de tentativas de suicidio. Esto se conoce como *Paradoja del género en el suicidio* (Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio, 2019). En el estudio cualitativo se encontraron resultados contradictorios también. Cuatro de los participantes estaban de acuerdo en que las mujeres presentarían más ideación suicida que los hombres, por lo que ven en la televisión y porque se les atribuye ser más sensibles. Tres de ellos opinaban lo contrario. A continuación, se muestran dos de las opiniones recogidas, una primera acorde a la literatura y la segunda en base a mitos o estereotipos:

Creo que se suicidan más los hombres, pero porque llegan a cumplir más el evento fatídico, ya que utilizan métodos más agresivos o letales (Participante 1).

Hombres, se matan más porque tras la pandemia son más dejados por las mujeres (Participante 3).

La segunda hipótesis rechazada es la 4, que predecía una relación directa entre la ideación suicida y la edad. Los resultados han sido los contrarios, lo que llama la atención y plantea un escenario alarmante. Según una noticia publicada por Onda Cero (2022), la Asociación Española de Pediatría estaba advirtiendo sobre la prevalencia de conductas suicidas entre niños y adolescentes, solicitando una mayor y mejor prevención de la salud mental para este colectivo tan vulnerable. Así mismo, Troya (2021), comunica que la Fundación ANAR había atendido un 145% de llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio, siendo la segunda causa principal de fallecimiento en jóvenes. Es un tema que hay que tratar con la importancia que merece, como también tiene claro el Participante 6 del estudio cualitativo:

Pensar en suicidarse, eso es más los jóvenes, por la cantidad de acoso y bullying que existe. Esa gente que hace daño, esa sí que debería estar en la cárcel.

Tampoco se cumplió la hipótesis 5 del estudio cuantitativo. En ella, se predecía una mayor ideación suicida en personas no heterosexuales. También se entendía así entre los participantes del estudio cualitativo, como resumió el Participante 4:

Claro que sí, yo estuve mucho tiempo de acompañamiento en celda con X, todos sabemos que es homosexual, y muchas veces eso en la cárcel se nota, pero en la calle también. Él tenía muchos otros problemas para querer suicidarse, pero el hecho de que siempre hubiera comentarios hacia él o

insinuaciones y presiones, también empeoraba las cosas. Estuve muchas noches hablando con él hasta que decidió que esa idea de quitarse la vida se tenía que ir de su cabeza.

No obstante, en el estudio cuantitativo no se encontraron diferencias en la ideación suicida en función de la orientación sexual de los participantes. Este resultado se podría tratar de justificar de forma optimista, pensando que quizás ya existen menos desigualdades entre las personas por este motivo, y es que, Aguilar y Berges (2021) hablaban de que, en estos momentos, el colectivo LGTBI ha conseguido en España un mayor avance social en cuanto a leyes e integración. Sin embargo, a pesar de haber conseguido más derechos, también han aumentado los ataques a personas con estas orientaciones sexuales, con lo que se debe seguir investigando en este campo.

Finalmente, la última hipótesis a rechazar es la segunda parte de la hipótesis 6, que predecía una mayor ideación suicida en personal sanitario. No fue así, no encontrándose diferencias entre estas personas y el resto de personas empleadas. Es posible que esto se deba a que, a pesar de que desde la literatura se habla de un mayor estrés en el ámbito sanitario, con más repercusiones negativas a nivel mental, estas personas poseen dos mecanismos protectores, como son la resiliencia y las estrategias de afrontamiento (Arrogante, 2014).

En cualquier caso, a la hora de interpretar los resultados obtenidos en este estudio se han de tener en cuenta algunas limitaciones. En cuanto a la muestra, se debería ampliar el número de participantes de distintos grupos de edad, por ejemplo, entre los mayores de 40 años. También en futuros estudios se podrían incluir niños, para evaluar la ideación suicida en menores. A la hora de los análisis estadísticos, al unir en dos categorías a los participantes en función de su orientación sexual (heterosexuales vs. no heterosexuales) se pierde información sobre las diferencias reales entre la población LGTBI. Además, al haber realizado principalmente análisis de correlaciones, se debe dejar siempre claro que correlación no implica causalidad, con lo que se deben hacer nuevos estudios, con otros análisis, para poder realizar afirmaciones causales. Finalmente, algunos futuros estudios deberían realizarse con un diseño longitudinal, para poder analizar la evolución de la ideación suicida, del resto de variables evaluadas y de sus relaciones a lo largo del tiempo.

Pese a estas limitaciones, el presente estudio realiza algunas aportaciones relevantes, como aportar información sobre la relación entre la ideación suicida y variables sociodemográficas (sexo/género, edad, orientación sexual, situación laboral),

socioeconómicas (estado económico, pertenencia a clase social), el apoyo social percibido y la desesperanza. Se considera un estudio relevante, dada la falta de visibilidad actual del suicidio en España y otros muchos países de su entorno. Quitarse la vida es un hecho muy destacable y como tal ha de ser entendido, tratado y, sobre todo, prevenido desde el primer paso, que es la ideación. Se espera que los resultados obtenidos puedan ser útiles para los profesionales que trabajan con la salud mental de las personas, y/o para los que realizan prevención e intervención. Todo lo que sirva para educar y prevenir en un hecho como el suicidio, es positivo. Por último, cabe destacar el valor que se da a las variables psicosociales y socioeconómicas que influyen en un acto tan importante como es quitarse la propia vida, destacando el apoyo social y el nivel económico porque, quizá, el suicida que necesite ayuda profesional no tenga dinero para permitírselo, ni persona que le quiera y se lo recomiende.

Referencias

- Aguilar, A. R. y Berges, C. A. (2021). *La paradoja LGTBI en España: líder en avances sociales pero escenario de crueles agresiones homófobas*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/paradoja-lgtbi-espana-lider-avances-sociales-escenario-crueles-agresiones-homofobas_1_8280429.html
- Álvarez-Gálvez, J., Suárez-Lledó, V., Salvador-Carulla, L. y Almenara-Barrios, J. (2021). Structural determinations of suicide during the global financial crisis in Spain: Integrating explanations to understand a complex public health problem. *Plos One*, 16, e0247759.
- Arechabala Mantuliz, M. C. y Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Arrogante, O. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento*. [Tesis doctoral, UNED]. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio (2019). *El apoyo social como factor protector de salud mental*. Recuperado de: <http://papageno.es/el-apoyo-social-como-factor-protector-de-salud-mental>
- Barroso Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 51-66.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Blashill, A. J., Fox, K., Feinstein, B. A., Albright, C. A. y Calzo, J. P. (2021). Nonsuicidal self-injury, suicide ideation, and suicide attempts among sexual minority children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 73-80.
- Caudet Pastor, C. (2021). *Suicidio en población LGTBI: factores de riesgo y de protección. Una revisión sistemática*. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad de Valencia.
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón (2020). *Estrategia de prevención del suicidio en Aragón*. Recuperado de: <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/ESTRATEGIA+DE+PREV>

[ENCIÓN+DEL+SUICIDIO+EN+ARAGÓN.pdf/aa19cb28-5100-be85-8ef0-7a32ad1b6efd?t=1614331737772](https://www.repositorio.ub.edu/bitstream/handle/10230/111111/ENCION+DEL+SUICIDIO+EN+ARAGON.pdf/aa19cb28-5100-be85-8ef0-7a32ad1b6efd?t=1614331737772)

Díaz-Sibaja, M. A. (2017). *Consecuencias del suicidio en los familiares y amigos*.

Recuperado de:

<http://diazsibaja.casosclnicosensaludmental.es/index.php/suicidio-en-los-familiares-y-amigos/>

Esteban Martín, M. (2022). *19-05-1922: Hasta los años 80 o 90 del siglo pasado se informaba de los suicidios como un suceso más*. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/groups/883588115651097/permalink/982943539048887/>

Frankl, V. E. (2022). *El hombre en busca del sentido último*. Paidós.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2020). *Observatorio del suicidio en España 2020*. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

Imaz, G. J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 1-15.

Izquierdo, F. M. (2010). *Suicidio y prevención*. Intersalud.

Lara, D. C. (2020). *La desesperanza y el suicidio*. Recuperado de:

<https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/desesperanza-y-suicidio/>

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.

Navarro, I. (2021). *Suicidio en los medios: el caso de Canarias*. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24902/Suicidio%20en%20los%20medios.%20El%20caso%20de%20Canarias..pdf?sequence=1>

Onda Cero (2022). *Los pediatras alertan del aumento de suicidios entre niños y piden una estrategia conjunta de prevención*. Recuperado de:

https://www.ondacero.es/noticias/espana/pediatras-alertan-aumento-suicidios-ninos-piden-estrategia-conjunta-prevencion_2022012761f2edabf6a5490001d24752.html

Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe sobre la salud en el mundo: 2004: cambiemos el rumbo de la historia: panorama general*. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68874>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Información básica sobre la COVID-19*.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Pérez Porto, J. y Gardey, A. (2020). *Definición de socioeconómico*. Recuperado de:

<https://definicion.de/socioeconomico/>

Prevensuic (2019). *Mitos sobre el suicidio*. Recuperado de:

<https://www.prevensuic.org/la-conducta-suicida/prejuicios-sobre-conducta-suicida/>

Robles Bello, M. A. R. y Sánchez-Teruel, D. (2020). Variables sociodemográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Archivos de Medicina*, 20, 107-115.

Rojas, E. (2009). *Guía práctica contra la depresión*. Madrid: Temas de Hoy.

Sánchez, J. C., Villarreal, M. E. y Musitu, G. (2013). Ideación suicida. En G. Musitu (Coord.), *Adolescencia y familia: nuevos retos en el siglo XXI* (pp. 273-290). Trillas.

Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., González-Cabrera, M., Herrera, M. R. F. A. y García-León, A. (2018). Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España durante tres años (2009-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 277-286.

Troya, M. S. (2021). *Las llamadas de ayuda por casos de ideación suicida en menores subieron un 145% el año pasado*. Recuperado de:

<https://elpais.com/sociedad/2021-07-14/las-llamadas-de-ayuda-por-casos-de-ideacion-suicida-en-menores-subieron-un-145-el-ano-pasado.html>

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. y Berkoff, K. A. (1990).

Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617.